NEKROTİZAN FASYİTİSE BAĞLI KOL AMPUTASYONU

ARM AMPUTATION DUE TO NECROTIZING FASCIITIS

Doç. Dr. Osman CELBİŞ*,
Prof. Dr. Nasuhi Engin AYDIN**,
Yard. Doç. Dr. Ahmet HARMA***,
Dr. Önder Özüm POLAT*

Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences, 5 (4): 55 - 58, 2006

ÖZET

Nekrotizan Fasyitis (NF), genellikle travma ve immün yetmezlikle ilişkili ani ölümle sonuçlanabilen bir yumuşak doku enfeksiyonudur. NF'in bakteriyolojik sebepleri 3 ana gruptur. Tip 1 ; sinerjistik aerobik ve anaerobik, Tip 2 ; stafilokok ve streptokokkal, Tip 3 ; gazlı gangrenler olarak sınıflanmıştır. NF, hızlı seyrine bağlı olarak ani ölümlere, organ kaybına ve zaman zaman hekim hataları iddiaları nedeniyle adli tıbbın ilgi alanına girer. Biz hastanemize tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) dışında risk faktörü olmayan 72 yaşında bir kadının kolunun amputasyonuna neden olan tip 1 NF olgusunu rapor ettik.

Anahtar Kelimeler: nekrotizan fasyitis, amputasyon, hekim hatası

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis (NF) is a soft tissue infection which may be fatal that generally follows trauma and is related to immune deficiency. Bacteriological causes of NF is grouped as following; Type I ; synergistic aerobic and anaerobic, Type 2; staphylococcal and streptococcal, Type 3 ; gas gangrene. NF has a legal aspect due to its rapid course that may be fatal and occasionally alleged to malpractice claims. We report a 72-year-old woman with previous recurrent urinary infections whose left arm was amputated due to type I NF .

Keyword: necrotizing fasciitis, amputation, malpractice.

GİRİŞ

Nekrotizan Fasyitis (NF); nadir görülen ancak hayatı tehdit eden, inflamasyonun hızlı yayılımı ile deri, derialtı dokusu ve fasya nekrozunun ön planda olduğu bir yumuşak doku enfeksiyonudur (1). Olguların çoğunda organ yetmezliklerine yol açarak ciddi sistemik toksisite oluşturur. Örneğin, azalmış miyokard kontraktilitesi, oligüri, Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS), ensefalopati ile ilgili semptomlar oluşabilir (2). NF'in bakteriyolojik sebepleri 3 ana grubu kapsar. Tip 1 enfeksiyonlar; sinerjistik aerobik ve anaerobik, Tip 2 enfeksiyonlar; stafilokok ve streptokok, Tip 3 enfeksiyonlar; gazlı gangrenler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu enfeksiyonlardan genel olarak A grubu streptokoklarla birlikte olanlar görülür (3). NF, hızlı seyrine bağlı olarak gelişen ani ölüm veya organ kaybı sebebiyle ve zaman zaman da hekim hatası iddiaları nedeniyle adli tıbbın alanına girer (3,4).

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
*** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Olgu, inflamasyonun hızlı bir seyir göstermesi ve sonuçta kol kaybı ile sonuçlanması nedeniyle ilginç bulunarak sunulmuştur.

OLGU

72 yaşındaki kadın olgu, sol kolunda şişlik, morluk ve akıntı şikayeti ile müracaat etmiş, öyküsünde travma tarif etmemiş, ekzema, diabetes mellitus ve immün yetmezlik bulgusu saptanmamıştır. Şikayetlerinin üç gün önce başladığını, sabah kalktığında sol el sırtında iğne ucu büyüklüğünde kızarıklık fark ettiğini, hafif kaşıntı, yanması olduğunu, hekime gitmesine rağmen sol el sırtındaki alanın hızla büyümeye başladığını, akıntı meydana geldiğini, zamanla sol elinin şiştiğini ve morarmaya başladığını, ağrı nedeniyle kolunu hareket ettiremediğini ifade etmiştir. Fizik muayenede; sol el sırtı ve ön kol ekstansör yüzeylerde daha belirgin, mavi mor renkte merkezi daha soluk, kenarları belirgin, koyu esmer bir zeminde sınırları belirgin büller izlendi. Palpasyonda hassasiyet, sol kol distalinde soğukluk, hareketlerde kısıtlılık ve el parmaklarının fleksiyon pozisyonu tespit edildi. Öyküsünde, idrar kaçırma, idrarda yanma ve yan ağrısı nedeniyle üç ay önce üroloji bölümünde yatarak tedavi gördüğünü, bilateral nefrostomi uygulandığını, BUN ve kreatinin yüksek olduğunu, iki ve altı yıl önce iki kez idrar yollarından ameliyat olduğunu ifade etmiştir. Radyolojik görüntülemede, sol kolda gaz gölgesi ve kemik patolojisi saptanmadı. Acil olarak çekilen üst ekstiremite arteryel sistem Renkli Dopler Ultrasonografi'de; sol dirsek düzeyinden itibaren tüm ön kolda cilt ve cilt altı dokularının kalınlıklarında artma ve ödemli lenfatikler belirgin olarak izlendi.

Laboratuvar testlerinde; Lökosit sayısı 28000 /mm^3, BUN 129 mg/dl (Normal 0-23mg/dl), Hb 13.6 gr/dl, kreatinin 0.1 mg/dl, trombosit 409000 /mm^3, ozmolalite 300, glukoz 101mg/dl, ferritin 611 ug/lt, Na 142 meq/lt, K 4.4 meq/lt, Ca 7.8 meq/lt, fibrinojen 7.2 mg/dl, idrar dansitesi 1013 olarak bulundu. İdrar mikroskopisinde: her sahada 41 eritrosit, 912 lökosit vardı. Hepatit B, Hepatit C, HIV viral belirteçleri negatifti. Lezyon yerinden alınan kültüründe; penisiline dirençli koagülaz (-) stafilokok ve penisiline duyarlı streptokok türleri üredi. NF tanısı ile Prednol 1x60 mg tek doz ve Sistral ampul 2x1, Meronem 1x500 mg, Tavanic 1x250 mg ampirik olarak başlandı. Hastaneye yatışının ikinci gününde olgunun genel durumu kötüleşti, sol elde şişkinlik ve el bileği dorsalinde cilt nekrozu gelişti. NF tanısı ile debritman yapıldı ancak tablonun tüm ön kola yayılması üzerine omuz 5–6 cm distalinden amputasyon uygulandı.

Resim 1. Ampute edilmiş ekstremitenin yüzeyel yumuşak doku kaybı ve esmer renkte nekroz alanları gösteren görünümü.

